UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 480

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS

Par des injections d'un mélange d'Ether iodoformé et de Naphtol camphré.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1902

PAR

J. XECH

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. JEANNEL, ✠ I., *président.* — AUDRY, ✠ A. — BAUBY, — RISPAL, — *assesseurs*

TOULOUSE

IMPRIMERIE G. BERTHOUMIEU

15, RUE DENFERT-ROCHEREAU, 15

1902

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 480

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS

Par des injections d'un mélange d'Ether iodoformé et de Naphtol camphré.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1902

PAR

J. XECH

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. JEANNEL, ✠ I., *président.* — AUDRY, ✠ A. — BAUBY, — RISPAL, — *assesseurs*

ACAD. MED. NAT. MONTP.

TOULOUSE

IMPRIMERIE G. BERTHOUMIEU

15, RUE DENFERT-ROCHEREAU, 15

1902

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. CAUBET, ✻, ✆ I.
ASSESSEUR	FRÉBAULT, ✆ I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CHARPY, ✆ I.
Histologie normale	TOURNEUX, ✆ A
Physiologie	ABELOUS, ✆ A.
Anatomie pathologique	TAPIE, ✆ I.
Pathologie et Thérapeutique générales	HERRMANN, ✆ I.
Pathologie interne	ANDRÉ, ✻, ✆ I.
Pathologie externe	PÉNIÈRES, ✆ A.
Médecine opératoire	LABÉDA, ✆ I.
Thérapeutique	SAINT-ANGE, ✆ I
Hygiène	GUIRAUD, ✆ I.
Clinique médicale	CAUBET, ✻, ✆ I.
	MOSSÉ, ✻, ✆ A.
Clinique chirurgicale	JEANNEL, ✆ I.
	CHALOT, ✆ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY, ✆ A.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND, ✆ A.
Pharmacie	DUPUY, ✆ I.
Chimie et toxicologie	FRÉBAULT, ✆ I.
Matière médicale	BRÆMER, ✆ I.
Histoire naturelle	LAMIC, ✆ I.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM. SOULIÉ.
Physique	MARIE, ✆ A.
Chimie	ALOY, ✆ A.
Histoire naturelle	SUIS, ✆ A.
Médecine légale	GUILHEM, ✆ A.
Bactériologie	MOREL, ✆ A.
Clinique des maladies des enfants	BÉZY, ✆ A.
Clinique obstétricale	AUDEBERT.
Clinique ophthalmologique	FRENKEL.
Hydrologie	GARRIGOU, ✆ I.
Pathologie expérimentale	MAUREL, O. ✻, ✆ I.
Cours élémentaire aux sages-femmes	AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et médecine légale	MM. MOREL, ✆ A.
	RISPAL.
	FRENKEL.
Chirurgie	BAUBY.
	CESTAN.
Accouchements	AUDEBERT.
Anatomie et Histologie	SOULIÉ.
Physiologie	BARDIER, ✆ A.
Chimie	N...
Physique	CLUZET.
Pharmacie	RIBAUT.
Secrétaire de la Faculté	CHAUDRON, ✆ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891.)

SPÉCIALITÉ DE THÈSES

Toulouse. — Imp. G. BERTHOUMIEU
rue Denfert-Rochereau, 15.

RAPIDE EXÉCUTION

Au Sport vivifiant qui fait des muscles

Les heures que nous avons passées au gymnase, fréquenté tous les jours, comptent parmi les meilleures de notre vie d'étudiant; nous aimons passionnément l'entraînement physique et les joies fortes qu'il procure. Il fait bon, débarrassé des soucis, des préoccupations intellectuelles et des vêtements corrects, de livrer tout son corps aux caresses rudes et réconfortantes de la gymnastique, d'y goûter les délices de quelques heures exclusivement et intensivement matérielles. Merci à cette puissante et fidèle maîtresse !

A MA MÈRE

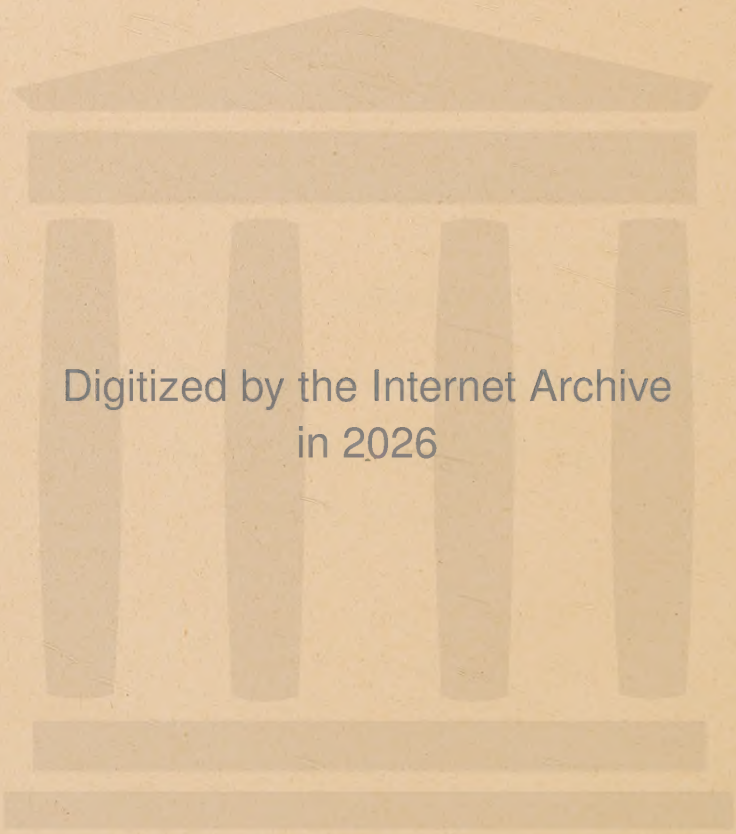
A MES AMIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur JEANNEL


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546517_0055

Ce n'est pas dans le but banal d'obéir à un usage de convenances que nous venons exprimer à nos maîtres, en tête de ce modeste travail, nos meilleurs remerciements; mais c'est avec élan et une émotion bien sincère que nous accomplissons ce doux devoir.

Nous avons voué à nos maîtres de Toulouse une reconnaissance profonde, autant pour leur talent prodigué à faire fructifier nos études, que pour leur bienveillance qui les ont rendues plus faciles et agréables. Leur affabilité et leur mérite seront pour nous un impérissable souvenir.

Nous remercions bien vivement M. le professeur agrégé Bauby, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans notre travail. Nous n'oublierons jamais la rare bonté qu'il nous a toujours témoignée au cours de nos études, ni ses précieux conseils.

M. le professeur Jeannel nous a fait l'insigne

honneur d'accepter la présidence de notre thèse; qu'il reçoive l'assurance de notre profonde gratitude.

Nos remerciements à M. le professeur Mossé, dont nous avons suivi le service assidument; à MM. les professeurs Audry, Maurel, Cestan, à qui nous sommes heureux de témoigner publiquement notre reconnaissance pour leurs savantes leçons et leur bienveillance à notre égard.

Merci enfin à M. le docteur Daunic, chef des travaux, pour la sympathie qu'il nous a manifestée et dont nous nous honorons.

CHAPITRE PREMIER

Avant-propos : de la Méthode conservatrice dans le traitement des abcès froids. — Des antiseptiques employés. — L'éther iodoformé. — Le naphtol camphré. — Du mélange de ces deux liquides.

Avant-Propos : de la Méthode conservatrice dans le traitement des abcès froids.

Les communications, thèses et recherches sur l'action curative des injections antiseptiques dans les tuberculoses locales, et en particulier les abcès froids, sont extrêmement nombreuses à l'étranger aussi bien qu'en France, ce qui montre bien de quel réel intérêt est la question : vaincre par un procédé aussi simple, aussi bénin et à la portée de tous des lésions que la chirurgie ne guérit qu'au prix d'interventions souvent très difficiles, toujours délicates, n'est-ce pas fait pour tenter le médecin, et particulièrement le praticien dépourvu des ressources que possèdent nos maîtres des hôpitaux, comme talent d'abord, et comme outillage ensuite? Dans toutes les interventions où l'on va attaquer un

mal de nature bacillaire, l'opération doit être minutieuse plus encore peut-être que pour les autres, et l'antiseptie pratiquée avec la plus grande rigueur, dans le cadre tout spécial qu'elle exige. C'est l'échec à peu près certain et la terminaison fatale pour le malade, si au bacille s'ajoutent par la porte d'entrée que leur ouvre le bistouri, les nombreux microbes dont l'association est si redoutable. Avoir sous la main un procédé aussi aisé que celui des injections antiseptiques, permettant d'éviter cette association microbienne, ces infections secondaires qui vont exaspérer la virulence du bacille; guérissant sans mutilation, sans cicatrice, sans danger d'inoculation, est évidemment fait pour séduire. Par tous ses avantages, la méthode conservatrice est infiniment supérieure au traitement sanglant et doit lui être substituée dans tous les cas où elle est susceptible d'amener la guérison. Mais suffit-elle toujours: satisfait-elle au point de pouvoir être considérée comme le seul traitement rationnel des abcès froids?

Il ne nous le semble pas et il est certainement des cas où l'action chirurgicale peut amener promptement une guérison radicale, alors que les injections antiseptiques ne sauraient provoquer qu'une amélioration lente et jamais définitive. La méthode conservatrice ne doit donc pas prétendre rayer du traitement des abcès froids l'intervention chirurgicale; mais il faut que celle-ci se limite au plus petit nombre de cas et qu'elle cède le pas, le plus souvent, à la méthode non sanglante : infiniment moins brillante, exigeant quelquefois beaucoup de

temps et une rare patience, mais dont les résultats sont incomparablement meilleurs.

Pour que le traitement sanglant soit absolument efficace, il faut que l'opération soit complète et la totalité des tissus infectés par la tuberculose doit être enlevée : la guérison n'aura ainsi lieu qu'au prix de mutilations constantes et des infirmités souvent déplorables seront le lot des malades débarrassés, chèrement, de leurs abcès froids. Ou bien, l'intervention se fera économique, les sacrifices seront restreints le plus possible, et c'est alors à peu près fatalement la récidive, à moins que peut-être les liquides modificateurs ne viennent compléter l'action chirurgicale et ne la terminent heureusement.

Mais quelle que soit la hardiesse de l'opérateur et si grand que soit son mépris des délabrements les plus étendus, le foyer tuberculeux reste inaccessible dans un grand nombre de cas, et la méthode par injections devient non seulement la meilleure, mais encore la seule possible : dans les abcès froids des régions profondes, dans le mal de Pott et la coxalgie suppurés, les liquides antiseptiques iront, sans aucun risque d'infection secondaire, sans dégâts, sans danger de généralisation, modifier profondément le siège du mal et feront souvent merveille.

On peut donc distinguer trois ordres de cas dans lesquels est indiqué l'emploi des injections modificatrices :

1° Cas où, étant donné le siège inaccessible du

foyer et le danger de la région, elles constituent le seul traitement possible de l'abcès froid ;

2° Cas — les plus nombreux — où, par la sécurité de la méthode et l'intégralité de la guérison, elles demeurent le traitement de choix ;

3° Cas enfin où l'intervention chirurgicale ayant paru s'imposer, elles n'en deviennent pas moins un adjuvant précieux qui complète remarquablement l'œuvre de guérison.

Des antiseptiques employés

Avec quel antiseptique faut-il pratiquer les injections? Quel est le plus efficace dans le traitement conservateur?

C'est ce qu'il convient encore d'examiner.

Aucun n'est évidemment spécifique de la tuberculose, et l'éther iodoformé lui-même, considéré au début par Mosetig-Moorhof, Mickulicz et d'autres, comme agissant directement sur le bacille, ne peut plus être regardé que comme un antiseptique, agissant à l'instar de tous les autres. Presque tous les liquides doués d'un pouvoir antiseptique ont été essayés dans le traitement des tuberculoses locales, avec des résultats les plus variés.

Les principaux employés sont :

L'iode pur ou en teinture,

L'éther iodoformé,

La glycérine, l'huile indoformées,

Le chlorure de zinc au 1/10e, surtout employé par Lannelongue dans sa « méthode sclérogène. » ou au 1/50e dans la méthode ordinaire.

L'eau oxygénée,

Le naphtol camphré,

La liqueur de Villate.

La glycérine formolée au 1/100e.

Le sulfate de zinc,

L'acide salicylique,

La teinture d'aloès,

Le tannin.

L'acide lactique,

Le baume du Pérou, agissant par la créosote qu'il contient,

Le thymol camphré employé par Ménard,

Le gaïacol,

La créosote,

L'essence d'encalyptus,

L'acide fluorhydrique au 1/100e,

L'essence de thym, de girofle, celle de térébenthine, l'acide phénique en solution ou même cristallisé, selon la méthode du docteur Massot, de Perpignan, etc...

De tous ces liquides, les deux les plus souvent utilisés dans le traitement par injections des abcès froids et qui ont donné jusqu'ici les meilleurs résultats, sont incontestablement l'éther iodoformé et le naphtol camphré.

De l'Ether iodoformé

L'éther iodoformé dont l'emploi est plus répandu que ce dernier, du moins jusqu'ici, bien qu'il ne lui soit pas supérieur, a été aussi le premier connu.

Préconisé en 1880 par Mosetig-Moorhof, par Mikulicz, Gussenbauer, qui le considèrent à tort comme spécifique des lésions tuberculeuses, étudié dans la thèse de Mattéi, en 1883, par Fränkel, en 1884, il fut surtout vulgarisé en France par Verneuil. Dans la *Revue de Chirurgie* (Paris, 1885), celui-ci engage les chirurgiens à s'en servir dans le traitement des abcès froids et pose les règles relatives à son emploi.

Verchère, en 1886, développe les idées de Verneuil, puis Torel, Holstein, etc..., et l'éther iodoformé, étudié dans une foule de communications et de thèses, occupe, dès lors, dans le traitement des tuberculoses locales, une place prépondérante sur tous les autres antiseptiques.

Sa valeur a été discutée cependant, et Tilanus, König, Lubbert..., lui contestent son efficacité.

Récemment (*Semaine Médicale*, 20 juillet 1898), les injections d'éther iodoformé sont recommandées par Kirmisson dans le traitement des abcès migrateurs du mal de Pott.

Par l'éther qui tient en suspension les molécules infiniment divises de l'iodoforme et qui va au loin

les déposer, grâce à sa tension, dans les coins les plus anfractueux et par les trajets les plus irréguliers, l'éther iodoformé peut agir très utilement. Cet iodoforme, d'après Durante, agirait surtout par le développement de l'iode à l'état naissant.

Du Naphtol camphré

Le naphtol camphré a surtout été étudié dans la remarquable thèse de Reboul (Paris 1890), qui lui accorde une valeur curative de premier ordre dans le traitement des abcès froids, supérieure à celle de tous les antiseptiques connus. Il a été étudié également dans la thèse de David (Paris 1891).

« Le naphtol, dit Reboul, sur lequel nous désirons appeler l'attention, est un antiseptique puissant, fort peu toxique, qui paraît agir très efficacement sur les lésions tuberculeuses. Dans les observations que nous rapportons, son emploi a été couronné de succès pour le traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses. »

Une quantité très considérable d'observations, consignées dans sa thèse, appuie en effet ses assertions sur l'efficacité du naphtol camphré.

« Ce médicament, dit-il encore, agit très bien dans les suppurations abondantes et prolongées, les plaies septiques. Les plaies infectées et atones pansées au naphtol camphré bourgeonnent activement, la sup-

puration diminue et la cicatrisation ne tarde pas à se faire. »

Périer l'a employé fréquemment dans les tuberculoses locales et en a retiré aussi de fort bons succès, consignés en grand nombre dans la thèse de Reboul. Fernet, Schwartz se sont servis du naphtol camphré en pansements contre les ulcérations tuberculeuses, et dans une communication à la Société médico-pratique (octobre 1887), Schwartz conclut que : sous l'influence du naphtol camphré, le bourgeonnement s'effectue sans encombre et la cicatrisation marche tout aussi bien qu'avec l'iodoforme. »

Lasserre, dans sa thèse (Paris 1889) rapporte des observations également concluantes sur le traitement des adénites chroniques et de quelques abcès froids par le naphtol.

Pouillot, qui a étudié l'emploi du naphtol camphré en chirurgie (thèse, Paris 1889), dit qu'il a observé un grand nombre de cas où ce médicament s'est comporté comme un antiseptique et un antituberculeux dans les plaies infectées et les diverses manifestations externes de la tuberculose.

Ce médicament agirait peut-être sur l'état général comme antiseptique, car, absorbé au niveau de la plaie, il circule à l'état de naphtol et est éliminé par les urines sous cette forme. « Lorsqu'on s'est servi du naphtol camphré dans une opération ou pour un pansement, on trouve le naphtol dans les urines pendant près de 8 jours : son action antiseptique locale et générale se prolongeant ainsi, permet de supposer que son emploi pourra peut-être éviter les inocula-

tions secondaires et les récidives si fréquentes à la suite des interventions pour tuberculoses locales .. (Reboul).

Considérations sur les deux liquides

De tous les liquides qui ont servi dans la thérapeutique conservatrice des abcès froids, l'éther iodoformé et le naphtol camphré demeurent donc les liquides de choix, le naphtol camphré paraissant même l'emporter en efficacité. D'après Calot (*Les Maladies que l'on soigne à Berck*, 1900, chapitre III), le naphtol camphré est d'un emploi beaucoup plus délicat que l'iodoforme, mais, par contre, il guérit certains foyers contre lesquels l'iodoforme est impuissant. Il conseille, après avoir essayé l'éther iodoformé, si l'on voit que ce médicament ne réussit pas presque immédiatement, d'employer le naphtol camphré « qui vous donnera la guérison. »

Berger se déclare partisan du naphtol camphré dans le traitement des adénopathies suppurées. « Le naphtol camphré m'a toujours donné des guérisons complètes, que les abcès fussent grands ou petits. » Reynier préfère l'éther iodoformé. (Congrès de chirurgie du 22 au 26 octobre 1902.)

Du mélange d'éther iodoformé et de naphtol camphré.

Calot, qui a fait des injections interstitielles, le seul traitement rationnel des abcès froids, et a érigé en principe absolu la méthode conservatrice, se sert du mélange à parties égales d'éther iodoformé et de naphtol camphré, « ayant cru lui découvrir, dit-il, une efficacité plus grande qu'à tous les autres liquides employés séparément. »

Les deux liquides sont d'ailleurs parfaitement miscibles ; et, leur action antiseptique s'ajoutant l'une à l'autre, il est naturel que, du fait même du mélange, leur action commune soit plus puissante que celle des deux liquides constituants pris isolément. « Le mélange de plusieurs substances antiseptiques est plus antiseptique que chacune d'elles prises en particulier, » a dit Bouchard. Cette assertion, qui est une loi en antisepsie, suffit certainement pour s'expliquer la supériorité qu'attribue Calot à ce mélange sur toutes les substances dont il a essayé, isolément, les effets.

Les résultats obtenus par Calot avec l'emploi du mélange d'éther iodoformé et de naphtol camphré sont absolument remarquables : ils justifient la prédilection qu'a pour lui le chirurgien de Berck, comme ils expliquent, croyons-nous, le désir d'en signaler à notre tour la valeur dans ce modeste travail.

L'usage de ce mélange mérite certainement d'être vulgarisé, et sa substitution aux diverses substances couramment employées jusqu'ici pourra être un utile moyen d'augmenter les ressources de la méthode conservatrice des abcès froids. Sans doute, les conditions hygiéniques de premier ordre, où se trouvent placés les malades de Berck, favorisent puissamment la réussite du traitement; mais, avec les mêmes conditions favorisantes, les autres liquides expérimentés par Calot ont donné de moins bons résultats, ce qui rend indéniable l'efficacité supérieure de ce mélange.

D'une part, quand on injecte dans un abcès froid une certaine quantité du mélange, le naphtol camphré, antiseptique puissant, d'action énergique, va s'attaquer aux fongosités tuberculeuses, modifie profondément la paroi de l'abcès, assainit le foyer; d'autre part, l'éther iodoformé, meilleur en cela que la glycérine ou l'huile iodoformées, va déposer dans les coins les plus anfractueux la couche d'iodoforme qui agira à son tour sur la plaie, soit par le développement de l'iode à l'état naissant, soit par le vernis protecteur qu'il forme contre l'infection.

Les importantes propriétés de ce mélange ont été utilisées dans nos hôpitaux de Toulouse, et tout particulièrement par M. le professeur agrégé Bauby, qui, dans sa clientèle privée comme dans le service qu'il dirige actuellement à l'Hôtel-Dieu, en a obtenu des résultats excellents, ainsi que le montrent les observations cliniques qu'il a bien voulu nous communiquer.

CHAPITRE II

De la toxicité du mélange d'éther iodoformé et de naphtol camphré :

I. Toxicité de l'éther iodoformé. — II. Toxicité du napthol camphré. — III. Toxicité du mélange.

Une question préalable d'importance capitale, dans le procédé par injections interstitielles, est de connaître la toxicité du liquide employé.

C'est surtout par leur emploi en injections que les antiseptiques produisent le plus facilement les phénomènes d'intoxication, quelques-uns étant déjà dangereux en pansements : la question de la toxicité du mélange d'éther iodoformé et de naphtol camphré s'impose donc, afin que l'on puisse en déduire la marche à suivre pour éviter tout accident, la dose maniable, le nombre et la fréquence des injections, etc., autant de considérations importantes dans la technique du traitement conservateur. La toxicité du mélange dont nous recommandons l'efficacité résulte évidemment de la toxicité des deux liquides

qui le composent, sans toutefois que leur action toxique s'additionne nécessairement.

I. — Toxicité de l'éther iodoformé

L'éther iodoformé peut être toxique, soit par son éther, soit par son iodoforme, localement et généralement.

1° Accidents dus à l'éther

Localement, l'éther peut produire du sphacèle de la peau : Mignon (*Archives de Médecine et de Pharmacie*, 1887, page 364) ; Reclus (*Gazette hebdomadaire*, 8 janvier 1887), en rapportent des cas; au point de vue de l'état général, l'éther a pu produire, à la suite d'injections, des sommeils anesthésiques profonds (Houzel, *Société de Chirurgie*, 27 juin 1885. — Peyrot, 4 juillet 1888), et des vomissements.

De plus, par sa tension, l'injection est souvent douloureuse, ce qui a fait préférer par quelques chirurgiens la glycérine iodoformée ou une émulsion d'iodoforme dans l'huile d'olives stérilisée, à la proportion de 10 à 20 grammes pour 100 (Bruns.) Avec l'huile iodoformée, Bruns a obtenu la guérison dans la moitié des cas (19e Congrès de chirurgie allemande, avril 1890.) « L'éther iodoformé, bien meilleur que la glycérine iodoformée à cause de la tension de l'éther quelquefois un peu douloureuse, c'est vrai,

mais qui a une valeur curative très grande; et cet avantage fait plus que compenser un petit inconvénient, » dit Calot, dont nous partageons l'opinion.

2° Accidents dus à l'iodoforme

La toxicité de l'iodoforme est assez mal établie.

Nothnagel et Rossbach pensent qu'on doit considérer comme toxiques des doses supérieures à 10 grammes. König, qui a relevé un grand nombre d'intoxications à la suite de pansements, a remarqué qu'ils étaient pour la plupart consécutifs à des pansements faits avec plus de 10 grammes.

Les accidents sont locaux (éruptions eczématiformes, érythèmes...) ou généraux (troubles digestifs, nerveux, circulatoires). Dans les formes les plus graves, la mort peut être le résultat de l'intoxication (7 cas sur 28 analysés par König).

L'éther iodoformé, en injections, est donc toxique : il peut entraîner la gangrène, voire même la mort subite (Congrès de chirurgie, octobre 1901.)

Toutefois, aux doses ordinaires et au titre de 10 pour 100 pour les petites cavités et de 5 pour 100 pour les grandes, avec en même temps une lenteur prudente dans l'injection dont on surveille la tension, les accidents sont certainement fort rares et ne peuvent être imputables qu'à une susceptibilité toute particulière du sujet, au médicament, susceptibilité dont il convient évidemment de se défier.

II. — Toxicité du Naphtol camphré

La toxicité du naphtol camphré a été considérée longtemps comme insignifiante. Reboul (thèse, 1890) le définit : un antiseptique puissant fort peu toxique.

« Il n'a jamais déterminé d'intoxication, dit-il, même lorsqu'on a employé 50 et 100 grammes. »

« M. Périer et moi, ajoute-t-il, avons fait fréquemment des injections de naphtol camphré dans les articulations, les os, les synoviales tendineuses, les abcès froids, la plèvre, l'utérus, nous en avons injecté jusqu'à 50 et 100 grammes : ces injections ne sont pas du tout douloureuses et ne déterminent pas de phénomènes généraux d'intoxication. »

Reboul n'a jamais vu de sphacèle des tissus profonds, ni de la peau, et les quelques accidents qu'il a observés sont très peu importants : démangeaisons, picotements, érythème, vésication.

« Il ne nous semble pas, dit-il, que l'on puisse être tenté de renoncer pour cela aux bons résultats fournis par le naphtol camphré. »

Schwartz déclare également cet antiseptique sans danger.

Etudiée expérimentalement par Le Gendre, en 1893, la toxicité du naphtol camphré paraît cependant assez élevée ; de plus, l'élimination du médicament est très lente (Desesquelle et Yvon), ce qu'on ne doit pas perdre de vue.

Le Gendre et Desesquelle conseillent de ne pas dépasser la dose journalière d'un centimètre cube pour un adulte (*Soc. de Thérapeut.*, 8 juin 1898.) Gouzy, dans sa thèse (Toulouse, 1899) a étudié la toxicité de ce médicament ; Sinding-Larsen en a publié un cas d'intoxication (Christiania, 1900). D'autres cas graves d'intoxication et des accidents, parmi lesquels surtout des ulcérations de la peau, ont été signalés par Ménard, Berger, Péraire (Congrès de chirurgie, 1901.)

Calot déclare que le naphtol camphré est d'un emploi beaucoup plus délicat que l'éther iodoformé et doit être manié prudemment. Mais le naphtol camphré est surtout dangereux si on l'injecte dans les tissus sains qui peuvent l'absorber immédiatement. « Dans le tissu cellulaire, dans une cavité virtuelle ou dans un ganglion dur, le naphtol camphré est dangereux, même à la dose de quelques grammes. Mais injecté dans une cavité d'abcès froid ou dans une cavité articulaire préalablement agrandie, comme par un épanchement purulent, le naphtol n'est pas dangereux. » (Callot.)

Ceci explique que Spillmann ait pu injecter jusqu'à 10 grammes et Catrin jusqu'à 12 grammes de ce médicament dans la péritonite tuberculeuse, et comment Reboul n'a jamais rencontré d'accidents sérieux avec des injections des plus copieuses.

Le naphtol camphré est donc un antiseptique doué d'une action toxique assez élevée lorsqu'il est injecté dans les tissus sains : mais dans les abcès froids et aux doses qui suffisent pour amener la

guérison, il ne produira que bien rarement des accidents s'il est manié avec prudence. « Si donc l'on s'en sert avec précaution, l'on pourra en user et j'y tiens beaucoup, » conclut Calot.

III. — Toxicité du mélange d'éther iodoformé et du naphtol camphré.

Le mélange d'éther iodoformé et de naphtol camphré possède donc la toxicité qui appartient à chacune des substances composantes. Mais alors que leur action antiseptique s'ajoute l'une à l'autre, donnant au mélange une puissance antiseptique plus élevée que celle appartenant à chacun des liquides en particulier, il n'en est pas de même de leur action toxique, qui ne s'additionne nullement, ne se renforce pas. De telle façon qu'avec un pouvoir antiseptique plus considérable le mélange n'en possède pas une toxicité accrue, ce qui est déjà, nous semble-t-il, un grand avantage,

Avec une certaine prudence dans l'emploi de ce liquide, les dangers d'intoxication et les accidents seront certainement des plus rares. Pour éviter le sphacèle de la peau, la rupture de la poche, accidents dus à la vaporisation instantanée de l'éther et à la réplétion exagérée de la cavité, il faut, après avoir évacué le pus par une ou plusieurs ponctions, n'injecter qu'une quantité de liquide beaucoup moindre à la quantité de pus retiré. « Il faut d'ailleurs

avoir soin, après avoir laissé les vapeurs d'éther en contact avec la paroi pendant une dizaine de minutes, la pulpe du doigt faisant soupape sur le bout de l'aiguille laissée dans la poche, de leur donner issue presque en totalité. » (Broca, Congrès de Chirurg., oct. 1901.)

Si après une injection la peau est rouge, violacée, amincie, menaçant de se rompre, il faut évidemment éviter tout ce qui peut la distendre : aussi on se contentera de faire une ponction évacuatrice tous les jours sans injection consécutive ou au besoin plusieurs ponctions par jour (Calot), et on applique un pansement légèrement compressif : ces ponctions sont faites en des points où la peau n'est pas amincie.

On évite ainsi les chances de fistulisation, ce qui n'est d'ailleurs pas un obstacle sérieux à la guérison (Broca), et de sphacèle.

Quant aux intoxications par l'iodoforme, elles n'ont lieu qu'avec des doses excessives de ce médicament : avec le titre de l'éther iodoformé (5 ou 10 %) et la quantité ordinaire que l'on injecte, l'intoxication iodoformique n'est pas à craindre.

Enfin, le naphtol camphré est inoffensif employé contre les abcès froids où la résorption du médicament est extrêmement lente. Si l'on craint d'ailleurs sa trop grande activité dans les abcès volumineux ou à épanchement insignifiant, on peut modifier le titre du mélange, comme le fait Calot, et on emploie non plus un mélange à parties égales, mais un mélange de 3/4 d'éther iodoformé et de 1/4 de naphtol camphré.

« On peut injecter du mélange à parties égales, autant de grammes que le sujet compte d'années jusqu'à 20 ans : 20 grammes est la dose tolérée par un adulte ; mais il vaut mieux n'injecter que la moitié de la dose ainsi déterminée... L'on n'injecte donc, en règle générale, que quelques grammes de ce mélange dans la cavité de l'abcès froid : c'est cependant suffisant, d'autant qu'on répète ces ponctions et ces injections toutes les semaines, ou même deux fois par semaine, si l'on veut arriver rapidement à la guérison. » (Calot). Dans des cas d'abcès froids fistulisés, M. le docteur Bauby a pratiqué les injections tous les deux jours sans amener aucun accident. Le seul accident qu'il ait observé, dans sa pratique des injections avec ce mélange, c'est un cas de sphacèle extrêmement limité et superficiel de la peau qui survint deux ou trois jours après l'injection dans un petit abcès froid sous-mastoïdien : cet accident était des plus bénins, car la guérison de l'abcès froid fut non seulement complète, mais très rapide.

L'injection du mélange n'est pas douloureuse, généralement, et la sensation de cuisson ressentie par les malades disparaît au bout de quelques minutes.

CHAPITRE III

Technique des injections modificatrices

1° L'abcès froid est fermé

En présence d'un abcès froid ordinaire fermé, le premier des soucis de la technique employée par le chirurgien doit être d'éviter son ouverture. On peut ainsi guérir sans cicatrice, avantage que demandent parfois instamment certains malades et qui ferait, lui seul, opter souvent pour les injections modificatrices, lorsque l'abcès siège sur les parties découvertes et que le malade est une jeune fille. On peut surtout épargner au malade les risques d'une infection secondaire, ce qui augmente de beaucoup la gravité de l'abcès froid et rend à peu près indispensable l'intervention sanglante. « Le grand péril qu'il faut conjurer à tout prix, dit Calot, c'est l'ouverture de l'abcès. »

L'asepsie est une obligation absolument impérieuse pour éviter l'infection de l'abcès, asepsie de

la peau, asepsie des instruments, du liquide, des objets de pansement, tout « comme pour une laparatomie. »

Pour pratiquer la ponction, si l'abcès froid est petit, la seringue de Pravaz suffit : on évacue et on injecte sans retirer l'aiguille de place. Pour les abcès plus volumineux, on emploie un petit aspirateur de Dieulafoy, avec, comme aiguille, le n° 2 ou 3 de Collin (Calot); il est bon de choisir une aiguille qui ne dépasse pas ce calibre (de 1 à 2 millimètres de diamètre) car si une aiguille fine offre l'inconvénient de s'oblitérer parfois par des grumeaux caséeux, elle ne risque pas de produire une ouverture qui se fistulise. D'ailleurs, il est facile de désobstruer l'aiguille en y injectant avec force un peu de liquide qui rejette les grumeaux dans la cavité et permet au pus de s'écouler. La peau doit être, dans tous les cas, ménagée avec soin si les ponctions doivent être répétées et à plus forte raison si elle présente un mauvais aspect. On varie donc chaque fois le siège de la piqûre et on veille à ce que la réplétion de la poche ne soit pas excessive. L'injection se fait au moyen d'une seringue en verre, qui peut parfaitement se stériliser. La seringue de Luër est d'une très grande commodité à ce point de vue.

Il faut injecter peu de liquide dans la cavité, quelques grammes suffisent pour les abcès même volumineux : il est en tout cas prudent de ne pas dépasser 10 grammes pour un adulte, bien que la dose toxique soit au moins le double. Les ponctions et injections sont répétées chaque semaine ou 2 fois par semaine

et jusqu'à tous les deux jours dans les cas où l'on veut agir vigoureusement.

Après chaque ponction et injection, on applique par dessus l'orifice une couche de collodion iodoformé qui assure l'asepsie.

Lorsqu'on suppose la paroi de l'abcès suffisamment modifiée et que le liquide retiré est indifférent — ce qui a lieu après 6 à 10 ponctions, dit Calot. — on cesse les injections, puis on exerce sur l'abcès une compression méthodique, au moyen de tampons d'ouate et de bandes de flanelle, dans le but d'amener l'accollement des parois.

On peut, si on le juge utile, ou sur les instances d'un malade timoré, faire l'anesthésie locale, avant la ponction, avec le chlorure d'éthyle; mais elle n'est aucunement nécessaire, la ponction et l'injection ne demandant à elles deux guère plus d'une minute, et l'intervention gagnant d'ailleurs beaucoup à être la moins longue possible.

2° L'abcès froid menace de s'ouvrir

Lorsque l'abcès froid, tout en étant encore fermé, menace de s'ouvrir, que la peau en est rouge, amincie, peu résistante, il faut employer toutes les précautions dont nous avons parlé plus haut et qui se résument toutes à ceci : supprimer tout tiraillement de la peau.

En vidant l'abcès par des piqûres faites sur la

peau restée saine, en répétant ces ponctions évacuatrices deux et trois fois par jour s'il est nécessaire, avec l'aide de pansements compressifs, et en retardant les injections jusqu'au moment où la peau a repris une apparence meilleure, on peut à peu près sûrement éviter l'ouverture de cet abcès, ainsi que les conséquences qui pourraient en résulter.

3° L'abcès froid est ouvert

Si l'abcès s'est ouvert spontanément, la méthode conservatrice lui est encore applicable, à condition qu'il ne soit pas déjà infecté.

Il faut alors tendre au double but : 1° d'empêcher l'infection ; 2° de faire demeurer dans la cavité ouverte le liquide modificateur.

Pour arriver à ce résultat, deux procédés s'offrent au chirurgien :

A. — Ou bien l'injection antiseptique, de naphtol camphré, de préférence — on doit renoncer au mélange, car l'éther, par sa tension, ne ferait qu'agrandir l'ouverture — sera poussée par l'ouverture produite spontanément, et l'on oblitère, aussitôt après, celle-ci, avec un tampon d'ouate stérilisée, de façon à empêcher l'écoulement du liquide :

B. — Ou bien on injecte le liquide en un tout autre point de peau saine, après avoir oblitéré l'orifice fistuleux avec de la ouate et du collodion.

Dans le traitement des abcès froids avec fistules à long trajet, ou pour atteindre un foyer lointain, M. le docteur Bauby emploie une fine sonde en gomme par laquelle il pousse l'injection modificatrice, une fois la sonde engagée le plus profondément possible, et qu'il retire ensuite lentement, de façon à mettre le liquide partout en contact avec la plaie.

Ce procédé lui a valu une remarquable guérison dans un cas d'abcès froid situé près de la marge de l'anus, dont le foyer se trouvait à la face antérieure du sacrum.

CHAPITRE IV

Observations

Des observations qui vont suivre, l'observation V est due à l'obligeance de M. le professeur Jeannel ; M. le professeur agrégé Bauby a bien voulu nous fournir les autres. Toutes ces observations sont inédites, sauf l'observation I qui a été communiquée par M. le docteur Bauby à la Société anatomo-clinique *(Toulouse médical,* 13 avril 1901.)

OBSERVATION I

Abcès pelvien fistuleux. — Guérison

M. Z..., jeune homme de 23 ans, atteint depuis longtemps de tuberculose externe. Il débuta en 1892 par une coxalgie gauche, qui, après échec de l'exten-

sion continue, fut traitée par la résection de la hanche. Les suites en furent longues, mais aboutirent néanmoins à la guérison avec raccourcissement considérable du membre inférieur.

Plus tard, dans le voisinage de l'ancien foyer opératoire, se formèrent des abcès froids, qui s'ouvraient tantôt en un point pour se refermer ensuite, tantôt en un autre point plus ou moins rapproché. Le malade fut traité par des incisions et des injections de chlorure de zinc, ce qui, après de longs et patients efforts, amena une guérison provisoire.

En 1899, M. le docteur Bauby fut appelé devant le malade parce qu'une nouvelle fistule s'était ouverte au-devant de la racine des bourses du côté droit : par cette fistule, un stylet s'engageait profondément dans l'intérieur du bassin et se perdait au milieu des organes de cette région sans pouvoir aboutir à un point de départ osseux. Ce point de départ pouvait être soupçonné, car le malade éprouvait de vagues douleurs du côté du sacrum et aussi dans le voisinage du rectum, lorsque celui-ci était encombré par un bol fécal volumineux, mais le toucher rectal ne donnait pas de renseignement précis, et, en somme, l'origine de la suppuration restait douteuse.

Quelques injections d'éther iodoformé, poussées aussi loin que possible au moyen d'une très fine sonde uréthrale en gomme, ne donnèrent qu'un résultat insignifiant, tout en provoquant de vives douleurs.

En avril 1899, M. le docteur Destarac fit la radio-

graphie de la région. On y voyait nettement le bassin remonté du côté gauche avec le fémur correspondant jadis réséqué. Vers le milieu de la cavité pelvienne et la traversant presque directement d'arrière en avant, on remarquait une traînée noirâtre à bords irréguliers, qui partait d'un foyer plus large, situé au niveau du sacrum, un peu à gauche de la ligne médiane, pour aboutir au-devant de la région pubienne, à droite de la symphyse, exactement au point par où le pus s'écoulait à l'extérieur.

Cela ne pouvait être évidemment que l'image vue en projection du trajet de la fistule : elle correspondait bien à toutes les données fournies par l'examen clinique et démontrait l'exactitude d'un diagnostic jusque-là hypothétique.

De cette donnée nouvelle, découlait une indication majeure, celle d'aller attaquer le mal dans son foyer primitif ou tout au moins d'ouvrir à la suppuration une voie plus directe par laquelle on pourrait aussi atteindre la lésion osseuse et la modifier par des substances bactéricides.

La bonne nature vient simplifier l'intervention, en montrant la voie à suivre. En effet, près de la marge de l'anus, une induration profonde et douloureuse se développa assez rapidement et bientôt atteignit les plans superficiels : un abcès se formait; il fut ouvert par une ponction au bistouri, et on put se convaincre, d'une part, au moyen d'un stylet, que le pus venait de la face antérieure du sacrum ; d'autre part, grâce à une injection, que ce nouveau trajet communiquait avec l'ancienne fistule.

Dès lors, abandonnant l'orifice antérieur sous-pubien, qui ne tarda pas à se fermer d'une façon définitive, M. le docteur Bauby injecte par le trajet nouveau un mélange d'éther iodoformé et de naphtol camphré, poussé jusque sur le foyer osseux au moyen d'une sonde en gomme.

Les résultats ont été très bons, et aujourd'hui, en même temps que le malade a fait de très grands progrès au point de vue de son état général, la lésion locale est sinon parfaitement guérie, du moins si bien améliorée, qu'il ne ressent aucune douleur et que son orifice fistuleux est complètement fermé.

OBSERVATION II

Abcès froid de la jambe. — Guérison

S... (Isidore), 17 ans, enfant assisté de la Grave, est envoyé à l'Hôtel-Dieu, le 7 décembre 1901, dans le service de M. le docteur Bauby, avec le diagnostic de tumeur blanche du genou. Il occupe le lit n° 17, de la salle Saint-Lazare.

Antécédents héréditaires inconnus, rien de particulier dans les antécédents personnels.

Le malade a le genou gauche globuleux, empâté; les culs-de-sac synoviaux sont saillants, mais il n'y a pas de point douloureux osseux et les mouvements de

l'articulation, quoique réduits, sont possibles et peu douloureux.

Au-dessous du genou, à la face antéro-externe de la jambe, dans la partie supérieure de l'espace interosseux péronéo-tibial, existe une saillie régulière et oblongue, sensible et fluctuante.

Après quelques jours de repos dans un pansement ouaté compressif, le gonflement du genou diminue notablement, tandis que la tuméfaction située au-dessous apparaît davantage.

Bientôt tous les signes d'arthrite disparaissent, et le diagnostic d'abcès froid indépendant de l'articulation se précise davantage. Peut-être cet abcès est-il en rapport avec une lésion de l'extrémité supérieure du péroné ou de l'articulation péronéo-tibiale supérieure, car il existe là un point douloureux.

Quoi qu'il en soit, le 18 décembre, avec l'appareil de Dieulafoy, une ponction aspiratrice est faite de la collection prétibiale : il en sort environ 30 centimètres cubes de sang brunâtre qui laisse des doutes sur la nature de la lésion : pour cette fois, rien n'est injecté dans la poche.

En quelques jours, elle se remplit peu à peu. Une nouvelle ponction exploratrice amène cette fois un liquide nettement purulent dans lequel l'examen bactériologique n'a révélé aucun des microbes vulgaires de la suppuration, ce qui permet de penser que cet abcès froid était tuberculeux. Après évacuation et lavage à l'eau bouillie, on fait une injection dans la poche d'un mélange à parties égales d'éther iodoformé et de naphtol camphré. L'orifice de ponc-

tion est fermé avec du collodion iodoformé. Pansement ouaté. Repos au lit.

Légère douleur locale le premier jour.

Pas la moindré réaction générale.

Au bout de trois semaines, la collection avait considérablement diminué; deux semaines encore après, l'abcès avait disparu et le malade sortait en très bon état.

OBSERVATION III

Abcès froid du genou, résection, fistules nombreuses. Guérison.

R... (François), âgé de 15 ans, a occupé le lit n° 6 de la salle Saint-Lazare, dans le service de M. le docteur Bauby, où il est entré avec le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou droit.

Antécédents héréditaires favorables : père et mère bien portants, trois frères et trois sœurs également bien portants. Comme antécédents personnels, une rougeole à signaler, à l'âge de 5 ans, sans complications.

Il y a cinq ans environ, a fait une chute sur le genou, dont il a ressenti une douleur vive. La douleur a persisté, et dix jours après le genou s'enflait, en même temps que la jambe prenait un certain degré de flexion. Les mouvements étaient très douloureux.

Entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Jeannel, quinze jours après la chute, sa jambe y fut redressée, puis mise dans un appareil silicaté. Le malade est reparti, après deux semaines de séjour à l'hôpital, avec son appareil qu'il a conservé quatre mois. Le malade s'est en même temps tenu au repos. L'appareil enlevé, une certaine raideur persistait dans la jambe et les mouvements se faisaient difficilement : celle-ci reprit de nouveau un léger degré de flexion. Le malade est resté quatre ans dans cet état.

Au bout de ces quatre ans, une tumeur se forma sur le côté externe de l'articulation qui alla grossissant. Le malade rentra à l'Hôtel-Dieu le 9 mars 1902, salle Saint-Lazare. La tumeur fut ouverte et donna en abondance du pus : c'était donc un abcès, abcès qui s'était développé en partie dans le plateau externe du tibia. Le 7 mai, intervention nouvelle, plus complète : évidement du tissu spongieux qui formait la loge de l'abcès, drainage, lavage, puis pointes de feu sur tout le genou qui continua à gonfler de plus en plus, malgré l'immobilisation où il était maintenu. Nouvelle opération. L'articulation fut ouverte : on trouva une vaste collection purulente infiltrant le squelette en partie nécrosé, et l'état du membre parut si mauvais que l'opérateur, M. le chef de clinique Mériel, fut sur le point d'en pratiquer l'amputation. Il ne fit cependant que la résection des deux extrémités, en vue d'obtenir une ankylose compensatrice. Le membre fut fixé dans une attelle de Bœckel et on fit par les trajets fistuleux, qui avaient apparu dans

le genou, des injections d'éther iodoformé à l'aide de la seringue de Pravaz. La plaie se cicatrisa, mais l'amélioration était très lente, et, en outre, l'ankylose n'arrivait point.

M. le docteur Bauby venant diriger en ce moment le service (novembre 1902) fit faire des injections d'éther iodoformé et de naphtol camphré (parties égales). Ces injections furent faites deux fois par semaine, à l'aide d'une seringue en verre de vingt centimètres cubes, parfaitement stérilisable par l'ébullition et d'une fine sonde en gomme également stérilisée, permettant de pousser l'injection jusqu'au fond des trajets fistuleux. On injectait chaque fois une quantité de liquide suffisante pour remplir toutes les cavités et les injections étaient poussées par les orifices fistuleux, en ce moment au nombre de huit.

L'efficacité du nouveau traitement ne tarda pas à apparaître d'une façon très manifeste. La mobilité disparut peu à peu, et on vit bientôt les deux extrémités osseuses se réunir rapidement et solidement. L'écoulement de pus tarissait en même temps: les fistules se couvrirent à leur tour de bourgeons charnus cicatrisant rapidement. Le membre fut alors placé dans un appareil plâtré, où fut pratiquée une fenêtre permettant les injections.

A la fin janvier, le membre est complètement ankylosé en très bonne position, les fistules subsistantes ne sont plus qu'au nombre de deux; la suppuration a complètement tari; le malade se lève, sans toutefois se servir encore de sa jambe. Toutes les

fistules sont fermées. Il sort de l'hôpital le 17 mars 1902, avec un appareil silicaté qui lui tient tout le membre afin d'éviter tout accident et de permettre une guérison définitive.

OBSERVATION IV

Abcès froids de la jambe; opération (évidement, drainage, etc); injections du mélange d'éther iodoformé et de naphtol camphré; incision et extraction d'un séquestre; thermocautérisation. — Guérison.

M... (Louis), âgé de 11 ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 21 janvier 1901, salle Saint-Lazare, où il occupe le lit n° 15.

Son père et sa mère sont bien portants; il a deux frères et une sœur également en bonne santé. Un autre frère est mort à l'âge de 8 mois, de maladie inconnue.

Jusqu'à l'âge de 9 ans, il n'a jamais eu de maladie. A ce moment, une tumeur est apparue sur la région externe de la jambe, depuis l'extrémité supérieure du tibia jusqu'au niveau du tiers supérieur de la jambe.

Cette tumeur peu saillante était indolore et n'entraînait aucune gêne dans les mouvements du membre. Néanmoins, elle a augmenté de plus en plus de volume, jusqu'au moment où une nouvelle

tumeur a fait apparition dans la région interne de la jambe, au niveau de la tubérosité du tibia : grosse comme un œuf, elle avait les mêmes caractères que la précédente; elle était indolore et n'apportait aucune gêne. Le malade est venu alors à la consultation et a été admis à l'Hôtel-Dieu.

On lui a ouvert l'abcès de la région interne et pendant un mois on lui fit des pansements. L'état général du malade n'étant pas très bon, on lui conseilla, au bout de ce temps, de quitter l'hôpital. A ce moment, il ne pouvait pas marcher; il est resté deux mois dans cet état et la jambe s'est légèrement fléchie : le malade ne pouvant plus la remettre dans l'extension complète.

Pendant une nuit, l'abcès siégeant à la région externe de la jambe s'ouvrit spontanément, baignant le lit de pus. Le malade entra le lendemain à l'hôpital.

On lui fit de l'extension continue avec un poids de 2 kilos pour ramener la jambe dans l'extension complète. La jambe s'est redressée.

Mais la plaie résultant de l'ouverture spontanée de l'abcès suppurait toujours et se présentait sous un très mauvais aspect. M. le docteur Cestan fit alors une large incision, depuis l'extrémité supérieure du tibia jusqu'à mi-jambe, enleva la partie des téguments sphacélés, procéda à l'évidement du tibia infiltré de pus et plaça un drain à travers la jambe allant de la région interne à la partie externe de la jambe. On plaça celle-ci dans une attelle en bois. Au bout de six mois de séjour à l'hôpital, le ma-

lade, amélioré, put ressortir quoique sa plaie ne fut pas encore guérie : il resta deux mois chez lui.

La plaie ne se refermant point, malgré les pansements iodoformés, et aucune amélioration ne s'accentuant, le malade revient à l'Hôtel-Dieu, dans le service alors dirigé par M. le docteur Bauby.

Au moment de sa nouvelle entrée à l'hôpital, on constate une plaie siégeant à la région inféro-externe de l'extrémité supérieure du tibia, plaie assez superficielle mais mesurant 7 à 8 centimètres de long sur 2 de large et suppurant abondamment. Un trajet fistuleux débouche à la partie inférieure de la plaie. A la partie antéro-interne de la jambe, au niveau de l'épiphyse du tibia, se trouvent trois autres petites plaies portant chacune un orifice d'où s'écoule du pus assez abondant. Le cathétérisme de ces trajets permet de constater qu'ils communiquent entre eux ; de plus, du liquide injecté par l'orifice de la fistule externe ressort par les orifices internes, en passant, semble-t-il, au-dessous du tibia. Le stylet enfoncé dans les divers trajets n'arrive nulle part sur l'os : le tibia ne paraît donc plus intéressé.

Immédiatement après la rentrée du malade, on procède à la toilette de la jambe, et le traitement consistant en des injections d'éther iodoformé et de naphtol camphré lui est appliqué. Les injections sont faites avec un mélange à parties égales des deux substances, deux fois par semaine.

Le résultat de ce nouveau traitement n'a pas été long à se faire attendre : les plaies fistuleuses de la légion interne de la jambe se sont fermées ; la plaie

de la région externe a considérablement diminué d'étendue, et possède actuellement des dimensions moitié moindres, la suppuration enfin tend à tarir de plus en plus.

A la fin mai, toutes les fistules sont fermées; il reste seulement un point douloureux, profond mais très net, à l'extrémité supérieure du péroné. C'est sur ce point *bien limité* que M. le docteur Bauby intervient le 2 juin. Une incision à fond jusqu'à l'os, suivie de la décortication à la rugine, permet d'extraire un séquestre de 4 centimètres de long, représentant l'extrémité supérieure du péroné, et entouré de fongosités qui sont enlevées à la curette. Cautérisation au thermo.

Suites excellentes. L'enfant est en bonne voie de guérison et va partir bientôt pour Luchon.

OBSERVATION V

Abcès froid de la région dorsale; opération (grattage et thermocautérisation); injection d'éther iodoformé et de naphtol camphré. — Guérison.

T... (François), cultivateur, âgé de 23 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, le 17 septembre 1900, dans le service de M. le professeur Jeannel, salle Saint-Maurice, où il a occupé le lit n° 18.

Les antécédents héréditaires sont bons.

A citer dans les antécédents personnels une fluxion de poitrine à l'âge de 12 ans.

Au mois de janvier dernier, s'aperçoit de la présence dans la région dorsale droite, à quelques centimètres au-dessous et en dedans de la pointe de l'omoplate, d'une petite tumeur solide, pas très dure, mobile sous les téguments qui n'avaient éprouvé aucune modification ni de couleur, ni de consistance; du volume d'une noix, absolument indolore.

Le volume de cette tumeur augmenta peu à peu; elle devint adhérente à la peau, se ramollit, puis, sans douleur aucune, ulcéra celle-ci et s'ouvrit à l'extérieur, déversant un pus caséeux mêlé d'un peu de sang. Au moment où elle s'ouvrit à la peau, elle avait à peu près le volume d'une pomme.

Depuis cette époque (août 1900), le trajet fistuleux donnait toujours une petite quantité de pus caséeux, mal lié; il était traité par l'application de pommades de toute sorte en usage dans les campagnes.

Puis le malade, fatigué de voir la suppuration continuer, se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Jeannel, suppléé à ce moment par M. le professeur agrégé Cestan.

Opération le 19 septembre. Incision courbe, oblique en bas et en dehors, à concavité supéro-externe passant par la fistule. Dissection et relèvement du lambeau cutané. On tombe dans une poche purulente à parois recouvertes de fongosités grisâtres située dans l'épaisseur et à la face profonde du grand dorsal.

Grattage. Thermo-cautérisation de cette poche qui

est complètement fermée et sur les parois de laquelle on ne peut déceler aucun trajet fistuleux allant vers la profondeur, soit vers l'omoplate, soit vers les côtés, soit vers la colonne vertébrale. Suture partielle et drainage.

Le malade sort le 12 octobre avec un léger trajet fistuleux à la place des drains.

Le trajet fistuleux se ferme au bout de vingt jours environ, pendant deux semaines, puis se rouvre et continue à suinter jusqu'au jour où le malade revient à l'Hôtel-Dieu, le 23 novembre 1900.

A ce moment, il reste à la partie moyenne de la cicatrice un petit trajet fistuleux, peu profond, de 1 cent. 1/2 à 2 cent., oblique, ne paraissant pas conduire dans une poche volumineuse ou dans la cavité d'un abcès.

Pansements quotidiens. Injections d'éther iodoformé et de naphtol camphré dans la fistule qui se tarit assez rapidement.

Le malade sort complètement guéri le 15 décembre.

OBSERVATION VI

Abcès froids mastoïdiens. — Guérison.

Louise X..., âgée de 20 ans, se présente au cabinet de M. le docteur Bauby pour un abcès siégeant dans la région sous-mastoïdienne du côté gauche.

Ses antécédents héréditaires sont suspects ; elle-même a joui d'une assez bonne santé, et l'auscultation, pratiquée avec soin, ne dénote rien.

L'abcès qui siège dans la région sous-mastoïdienne gauche est indolore, de la grosseur d'une petite noix, mobile sous la peau qui est blafarde : l'aspect de l'abcès et sa lente évolution permettent de supposer qu'il est de nature bacillaire.

L'évacuation du pus est faite au moyen d'une seringue de Pravaz, et une injection d'un mélange d'éther iodoformé et de naphtol camphré est poussée dans l'abcès : la quantité injectée est égale à la moitié de la quantité du pus retiré. Petit pansement au collodion iodoformé.

Trois jours après, la peau se rompt en un point légèrement sphacélé et la guérison de l'abcès se fait avec une surprenante rapidité.

D'autres abcès ont succédé au premier dans la région mastoïdienne et pré-auriculaire. Traités de la même façon, ils ont exactement suivi la même marche et sont arrivés à une guérison aussi complète que rapide sans cicatrice bien apparente.

OBSERVATION VII

Abcès froid de la cuisse. — Guérison.

P... (Etienne), boulanger, âgé de 38 ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 15 avril, dans le service de M. le doc-

teur Bauby, où il occupe le lit n° 24 de la salle Saint-Lazare.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire à 50 ans ; sa mère, âgée de 60 ans, est bien portante. Une sœur, plus jeune, est morte tuberculeuse. Il est marié, sans enfants.

Comme antécédents personnels, il n'accuse qu'une sciatique du membre inférieur gauche guérie rapidement, il y a deux ans, par le salicylate et l'antipyrine. Il déclare pourtant qu'il a le rhume facile, mais il en guérit vite. Il est précisément enrhumé depuis quelques jours et crache quelque peu en toussant légèrement. L'auscultation ne dénote rien de caractéristique.

Il y a trois semaines, le malade, dont la jambe gauche est devenue plus faible, constate dans la région moyenne et postérieure de sa cuisse gauche une tumeur du volume d'un œuf, indolore jusque-là, ne gênant que dans les mouvements violents. Cette tumeur devient assez douloureuse, grossit peu à peu, et, finalement, la marche est rendue pénible.

A son entrée à l'hôpital, la tumeur se présente sous une forme ovoïde, d'une longueur de dix centimètres environ ; elle a cinq ou six centimètres de large, une consistance moyenne, n'adhère pas à la peau et s'immobilise par la contraction des muscles de la cuisse. Son siège précis est au 1/3 moyen de la région postérieure de la cuisse gauche. Elle est douloureuse à la pression. Une ponction est faite le 16 avril, qui donne issue à du pus brun jaunâtre, assez épais. Ce pus, examiné par M. le docteur

Rispal, au point de vue bactériologique, n'a montré aucune espèce de microbe, ce qui permet d'établir ainsi le diagnostic de la tumeur : abcès froid d'origine tuberculeuse.

A la suite de la ponction, est faite une injection du mélange à parties égales d'éther iodoformé et de naphtol camphré : on en injecte environ 20 centimètres cubes.

Suites immédiates : légère douleur de tension qui s'atténue le soir même et cesse à peu près complètement le lendemain. Les jours suivants, tuméfaction et rougeur diffuse de la cuisse faisant craindre une infection due à la ponction, mais il n'y a aucune élévation thermique et quelques pansements humides font disparaître cette légère inflammation.

Au bout de quelques jours, réelle amélioration. L'abcès a beaucoup diminué de volume ; en même temps il a acquis une plus grande consistance et le malade peut retourner chez lui.

Il revient se montrer de temps à autre, et l'on constate que la rétraction et l'induration de l'abcès vont s'accusant de plus en plus.

OBSERVATION VIII

Abcès froids de la cheville; intervention sanglante. Guérison.

Abcès froid poplité; injections d'éther iodoformé et de naphtol camphré. — Guérison.

Gaston S..., coiffeur, âgé de 18 ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 24 février, dans le service de M. le docteur Bauby, où il occupe le lit n° 14 de la salle Saint-Lazare.

Son père est mort de pneumonie à 45 ans; sa mère est atteinte d'aliénation mentale depuis 6 mois : de deux frères qu'il a eus, l'un est mort en bas âge de maladie inconnue, l'autre a péri par accident. Une sœur est morte de fluxion de poitrine.

Aucune maladie dans le passé du jeune homme. Il y a deux ans seulement, il présenta un abcès sous-maxillaire, à droite, qui évolua durant trois mois; l'abcès fut ouvert et la plaie vite cicatrisée. A la même époque, pendant 6 mois, il eut une tuméfaction de toute la région postéro-interne de la jambe droite, tuméfaction volumineuse, diffuse, douloureuse spontanément et à la pression. On incisa : du pus s'écoula en abondance, on fit des lavages à l'eau boriquée et, un mois après, tout se ferma. Mais presque en même temps apparut une lésion semblable à la partie inférieure de la face interne de la cuisse droite qui dura deux mois : la tumeur s'ouvrit spontanément et du

pus s'écoulait. Peu à peu, les phénomènes s'amendèrent.

Enfin, il y a six mois, le malade présente les mêmes phénomènes du côté de la cheville, et toujours de la jambe droite. Pendant deux mois, le bas de la jambe est tuméfié, douloureux, rougeâtre. Puis des fistules s'établissent et le pus coule. La jambe devient moins tuméfiée, mais le malade en souffre et il rentre à l'hôpital, porteur dans la région sus-indiquée d'une fistule interne, de trois postérieures et d'une externe. Ces fistules paraissent intéresser l'os, le stylet va buter contre lui.

A son entrée, on institue des bains chauds et le traitement spécifique d'épreuve. Sur la plaie, on place un emplâtre de Vigo.

Le traitement spécifique n'ayant pas réussi, on pense à la nature tuberculeuse des lésions, et on traite les fistules par des injections du mélange d'éther iodoformé et de naphtol camphré. Tous les deux jours, on fait une injection, avec une demi-seringue en verre, renfermant chaque fois 3 grammes de liquide. Pansement ensuite.

Les fistules s'améliorent un peu, mais cette amélioration ne devenant pas très sensible on a recours à l'opération, le 12 mai (incision, curetage, drainage, etc...).

Mais, il y a un mois, s'est développé un autre abcès froid ganglionnaire dans le creux poplité du même côté droit; il est devenu gros comme un petit œuf.

Le 9 mai, on fait une ponction évacuatrice suivie

d'une injection d'éther iodoformé et de naphtol camphré. Ponction évacuatrice et injections sont renouvelées quinze jours après.

Trois jours après la dernière, l'abcès se fistulise spontanément et se vide. Et tandis qu'un abcès froid, ordinaire, non traité, serait resté longtemps fistuleux, celui-ci, grâce certainement à l'action thérapeutique du mélange injecté, s'est fermé spontanément en deux jours. C'est là une action très manifeste du traitement.

Ce jeune homme va partir pour Luchon.

OBSERVATION IX

Adémite tuberculeuse suppurée du ganglion sus-épitrochléen. — Guérison.

M^lle^ X... est atteinte depuis trois ans de lésions bacillaires du membre supérieur droit qui ont nécessité diverses interventions.

Ces lésions ont débuté par un spina-ventosa de l'auriculaire, qui a imposé la désarticulation du doigt. Elles ont continué dans l'avant-bras par une abondante production de fongosités sous-cutanées et sous-aponévrotiques.

Ces fongosités devenues fistuleuses et enveloppées de tissus lardacés, étant trop étendues pour être avantageusement traitées par les injections modifi-

catrices, ont été l'objet d'une laborieuse et complète dissection suivie de réunion immédiate.

Plus tard, le ganglion sus-épitrochléen du même bras droit est devenu gros et sensible : il a fini par suppurer et se serait certainement ouvert. M. le docteur Bauby l'a traité par ponction aspiratrice et injection du mélange d'éther iodoformé et naphtol camphré.

Cette injection, répétée trois ou quatre fois, n'a pas empêché la perforation du point le plus aminci de la peau, mais elle a, du moins, notablement modifié la nature de la suppuration, car la guérison s'est effectuée à la suite, beaucoup plus rapidement qu'elle n'aurait pu le faire avant tout traitement.

CHAPITRE V

Discussion de la valeur de la méthode conservatrice, ses indications et contre-indications dans le traitement des abcès froids.

Indications et contre-indications qui ressortent des observations précédentes.

Les observations qui viennent de faire l'objet du précédent chapitre donnent, malgré leur nombre encore un peu restreint, une mesure exacte de l'efficacité de la méthode conservatrice dans les abcès tuberculeux : elles résument les cas divers où les injections modificatrices triomphent aisément, ceux où la guérison s'acquiert plus laborieusement, ceux enfin où elles échouent.

— Dans les cas d'abcès froids idiopathiques fermés, comme dans les observations II, VI, VII, la méthode conservatrice obtient en général la guérison; le plus souvent celle-ci s'acquiert en moins de cinq semaines, et sans cicatrice, ce qui est un avantage très appré-

ciable quand les abcès siegent sur les parties découvertes, surtout chez les jeunes filles.

— Dans les abcès idiopathiques où des fistules se sont creées mais ne sont pas infectees, les injections sont encore efficaces, malgré que la durée du traitement puisse devenir quelquefois tres longue, si l'on n'a pas le bénéfice du climat marin.

Dans les abcès froids qui s'ouvrent, après avoir déja subi l'action therapeutique d'une ou plusieurs injections, les fistules tarissent tres promptement, et la guerison de l'abcès a lieu sans aucun obstacle (observation VIII, abcès fistuleux poplité-guerison; — observation IX, abcès ganglionnaire suppuré-guerison). C'est également, comme nous l'avons dit plus haut, l'opinion de Broca.

— Si l'abcès froid s'est ouvert et qu'il soit symptomatique d'un foyer tuberculeux situé dans une région profonde, dangereuse, peu accessible, comme dans l'observation I, la méthode par injections reste la seule possible et fait souvent merveille.

— Ou bien les fistules, anciennes, sont infectées, atteignent l'os, ce qui constitue les conditions le plus défavorables à la méthode conservatrice; mais la région est accessible, ces fistules sont à la périphérie : le traitement chirurgical a certainement tout avantage (observation IV, abcès froids fistuleux anciens de la jambe: intervention chirurgicale-guerison; — observation VIII, abcès froids fistuleux infectés de la cheville gueris radicalement par le traitement sanglant).

Dans ces cas, les injections modificatrices cèdent le pas à l'intervention sanglante; mais elles n'en jouent pas moins un rôle, qui peut devenir très important :

1° Employées avant l'intervention, elles sont utiles pour bien délimiter le foyer osseux que doit aborder l'opérateur. (Dans l'observation IV, elles ont eu le grand avantage de tarir toute suppuration des parties molles et de bien limiter le point sur lequel devront porter l'intervention sanglante; celle-ci s'en est trouvée de beaucoup simplifiée).

2° Employées après, elles vont tarir les fistules que l'opération, même complète, ne peut empêcher de se reproduire, comme dans l'observation V; ou celles que l'intervention a laissées à sa suite, comme dans l'observation III.

La cure radicale, définitive, suppose l'extirpation totale des tissus infectés : elle entraîne par conséquent, suivant le siège, une mutilation parfois déplorable (elle entraînait l'amputation du membre inférieur, dans l'observation III). Si, comme dans cette observation, l'opération recule devant une trop considérable mutilation et se fait incomplète, elle reste, à elle seule, inefficace; et des fistules persistent nécessairement. Les liquides modificateurs viennent compléter heureusement l'œuvre de guérison obtenue grâce à eux, sans infirmité regrettable.

Indications et contre-indications d'une façon générale.

Tous les avantages et les indications de la méthode conservatrice apparaissent nettement d'après la courte analyse de nos observations, comme d'ailleurs son défaut en certaines circonstances, où le traitement chirurgical, loin d'être repoussé systématiquement, interviendra d'une façon plus efficace.

En quelques mots, la méthode par injections antiseptiques doit parfaitement réussir dans les abcès froids fermés, idiopathiques, qui ne sont pas infectés; elle demeure la méthode préférable dans les abcès idiopathiques ouverts, non infectés; elle est la seule applicable aux abcès froids, symptomatiques de lésions à foyer inaccessible où les délabrements les plus considérables n'aboutiraient à rien; devient d'une efficacité beaucoup plus contestable si les trajets fistuleux aboutissent à l'os, surtout si ces trajets sont infectés, où en pareil cas, l'intervention chirurgicale, en face d'une région accessible et d'une mutilation acceptable, reprend tous ses droits.

Considérations à l'égard des diverses variétés d'abcès froids.

I. — Les abcès froids fermés

Les chances de guérison étant à peu près certaines pour les abcès froids fermés et diminuant à mesure

que ceux-ci, en s'ouvrant, sont exposés à l'infection, il est évident que non seulement le médecin ne devra pas les ouvrir, mais devra tout tenter pour s'opposer à l'ouverture. « Si l'ouverture d'un abcès chaud, dit Calot, est chose excellente, puisqu'elle donne issue aux microbes qui l'ont produit, l'ouverture d'un abcès froid est désastreuse, parce qu'elle donne entrée au contraire à des microbes, qui, venant du dehors se mêler au bacille tuberculeux (jamais complètement éliminé malgré cette ouverture) de la paroi de l'abcès froid, vont centupler la virulence de ce bacille. »

Une pratique rigoureuse de l'antisepsie permet certes aux interventionnistes de braver, jusqu'à un certain point, les risques de cette infection secondaire, de cette redoutable association microbienne qui n'accompagne pas fatalement, inévitablement, soit, toute intervention : mais alors même que le malade puisse échapper au péril de l'infection venue du dehors (péril qu'il ne court jamais avec le traitement par injection), les autres avantages que lui procure la méthode conservatrice sont bien suffisants pour qu'on l'adopte. Le traitement sanglant, dans les circonstances même où il peut le mieux s'exercer, c'est-à-dire quand la région est facilement accessible et que la totalité des tissus morbides peut être enlevée, ne guérira jamais qu'au prix de traces indélébiles, sinon d'infirmités incurables, et il expose toujours à l'auto-inoculation. Quel est donc le grand avantage de l'intervention, en la supposant sans récidives, et aussi définitive que possible?

C'est d'agir vite. Mais un abcès froid ordinaire guérira aisément en cinq ou six piqûres et en l'espace de trois semaines : cela ne dépasse pas de beaucoup le laps de temps où le malade, guéri d'un seul coup (!) portera ses pansements. Guérir, d'ailleurs, aussi intégralement, sans risques et sans opération, vaut bien la patience qu'il peut falloir déployer.

La méthode conservatrice est donc pour les abcès froids fermés — et on pourra presque toujours « 99 fois sur 100, » dit Calot, en éviter l'ouverture — le traitement qui convient le mieux.

Il est pourtant un cas, mais unique, où l'ouverture de l'abcès doit s'imposer : c'est lorsque l'abcès est le siège d'une infection secondaire, infection qui est presque toujours due à une faute d'antisepsie commise en faisant une ponction ou une injection, mais qui peut à la rigueur aussi se faire spontanément.

Cette infection surajoutée se traduit cliniquement : par une fièvre qui a pour caractère une ténacité insurmontable, et par des phénomènes généraux inquiétants ; localement : par le mauvais aspect de la peau, violacée, amincie ; microbiologiquement : par la présence dans le pus retiré de staphylocoques, de streptocoques ou d'autres microbes septiques. Il suffit pour prévenir cette infection, qui est une complication fâcheuse, de pratiquer dans toutes les ponctions et injections une asepsie minutieuse ; l'infection spontanée, venue du dedans, est un cas fort rare dans la pratique. Quoi qu'il en soit, si l'infection surajoutée existe, on doit, sans perdre de temps,

ouvrir largement le foyer pour empêcher la production des dégénérescences viscérales (néphrites, etc.)

Pour tous les autres cas d'abcès froid fermé, si grande que paraisse quelquefois l'imminence de la rupture et quel que soit le degré de tension, il faut se garder d'ouvrir la cavité; l'on parvient généralement à la maintenir fermée en prenant les précautions déjà signalées. L'on évite ainsi les fistules qui, surtout s'infectant, sont beaucoup plus difficiles à guérir; et la méthode conservatrice, ramenée aux cas où elle agit le plus efficacement, cas qui seront de beaucoup les plus nombreux en veillant à ce que l'abcès froid ne s'ouvre point, fera bénéficier la plupart des malades des avantages considérables qu'elle leur offre.

II. — Les abcès froids sont ouverts, mais non infectés

Si donc, en présence d'un abcès froid ordinaire, l'hésitation ne nous semble pas permise dans le choix du traitement (à moins qu'on ne se rallie au traitement abstentionniste, qui escompte la résorption spontanée de l'abcès en faisant agir la thérapeutique médicale et surtout la climatothérapie maritime), il faut pourtant convenir que, dans les cas d'abcès froids fistuleux, cette hésitation devient beaucoup plus naturelle, et le choix prête davantage à la discussion. Il peut être tentant, par une opération brillante, décisive, si la région malade n'est pas dangereuse ni profonde, d'enlever rapidement tout

le foyer infecté, d'autant que dans les tuberculoses ouvertes la méthode par injections exige un temps assurément bien plus long et parfois une patience à toute épreuve.

Mais cette méthode, vis-à-vis de ces abcès, même fistuleux, s'ils ne sont pas infectés, est encore la meilleure, car la guérison, un peu plus longue, s'obtiendra à peu près constamment : cette guérison sera plus intégrale et les récidives moins à craindre qu'après l'intervention sanglante. « Les tuberculoses locales, dit Reboul, sont des foyers infectieux pouvant se généraliser, soit après une opération, soit spontanément. La suppression de la lésion ne suffit pas : le tissu, dans lequel elle s'est développée, doit être stérilisé, sans cela récidives et auto-inoculations sont à craindre : la méthode conservatrice peut et doit donner d'excellents résultats. »

III. — Les abcès fistuleux sont infectés. — Les fistules intéressent l'os.

Pour les fistules infectées et qui intéressent l'os, la supériorité de l'intervention chirurgicale nous paraît incontestable, mais subordonnée aussi aux sacrifices qu'elle exige et au degré de mutilation qu'elle fait subir.

Si la totalité des tissus infectés peut être extirpée, en dépassant les limites du mal, de façon à ce que l'opération soit complète, c'est-à-dire efficace, et qu'il n'en résulte pas une mutilation trop considérable, le

traitement chirurgical l'emporte de beaucoup sur la méthode conservatrice, dont l'efficacité, ici, est plus aléatoire.

Mais si la mutilation doit être par trop cruelle, ou si l'opération ne peut pas être complète, auquel cas elle serait inefficace et inutile, la méthode par injections doit être le traitement préféré. La méthode conservatrice, bien que beaucoup plus laborieuse, beaucoup plus lente, n'est pas désarmée, même dans ce cas, et peut donner des résultats merveilleux.

D'une façon générale, la méthode par injections convient donc à la grande majorité des abcès froids ; à la petite minorité, au contraire, appartient le traitement logique de l'intervention, qui nous paraît ne devoir occuper, dans la thérapeutique des abcès froids, qu'une place restreinte, et ne s'impose que dans les cas rendus urgents par l'infection.

L'influence salutaire du climat marin aide efficacement la guérison des abcès froids, et dans beaucoup de cas elle peut, appuyée d'une thérapeutique médicale bien comprise, amener leur guérison totale.

CONCLUSIONS

— Les injections modificatrices constituent le meilleur traitement des abcès froids.

— De tous les liquides employés pour ces injections, le plus efficace est le mélange à parties égales d'éther iodoformé au 1/10^{e} et de naphtol camphré.

— Employé avec prudence ce liquide n'offre pas de sérieux dangers de toxicité.

— Dans les abcès froids idiopathiques fermés, il procure presque toujours une guérison parfaite.

Dans les abcès idiopathiques fistuleux, le résultat est plus lent, moins certain, mais très souvent positif.

Dans les suppurations d'origine osseuse, les injections sont parfois insuffisantes et cèdent le

pas à l'intervention sanglante ; mais elles sont encore très utiles, soit avant cette intervention pour en limiter l'étendue, soit après pour en parfaire le résultat. Si la région est inaccessible, elles remplacent très avantageusement le traitement sanglant.

Vu : *Le Président de la thèse,*
JEANNEL.

Vu : *Le Doyen,*
CAUBET.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 10 juin 1902.
Le Recteur, président du Conseil de l'Université,
PERROUD.

BIBLIOGRAPHIE

1842. — Bonnet : Des injections iodées dans les abcès froids des articulations (*Bullet. gén. de Thérap.*, etc., Paris, 1842, XXIII, 417-422.)

1843. — Bonnet : Des injections iodées dans les abcès froids des articulations (*Ann. de Méd. belge*, Bruxelles, 1843, I, 57-60.)

1850. — Boinet et Guérin : Injections iodées dans le traitement des abcès froids et des abcès par congestion (*Gaz. méd. de Paris*, 1850, 3 s., V, 746.)

1881. — Lannelongue : Abcès froids et tuberculose osseuse.

1882-3. — Lecoine : Contribution à l'étude du traitement des abcès froids (traitement par le thermocautère et les méthodes contemporaines, Paris, th. de doct., 1882-3, n° 73).

1883-4. — Mattéi : Traitement des abcès froids par l'injection d'iodoforme en solution dans l'éther (Th. de doct., 1883-4, n° 292.)

1884. — Frankel : Ueber Behandlung kalter abscesse mit Injektionen von Iodoformemulsion (*Wiener med.*, Wchnschr., 1884, XXXIV, 839.)

1885. — Verneuil : Injections d'éther iodoformé dans les abcès froids (*Rev. de Chir.*, Paris, 1885, V, 428-436.)

— Thirion : Traitement des abcès froids par les injections d'iodoforme (Nancy, 1885.)

1886. — Verchère : Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé (*Rev. de Chirurg.*, Paris, 1886, VI, 476-502.)

— Leplat : Abcès froid de la région dorsale ; injection d'éther guérison (*Bull. Soç. anat.-chir. de Lille*, 1886, I, 31.)

— Kirmisson : Sur deux cas d'abcès froids volumineux guéris par l'injection d'éter iodoformé (*Gaz. hebd. de Méd.*, Paris, 1886, 2 s., XXIII, 158-161.)

1886. — Socin : Sur les abcès froids (Cong. franç. de chir., *Proc.-verb.*, etc., 1885; Paris, 1886, I, 252-254.)

— Torel : Contribution à l'étude du traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé (Bordeaux, 1886.)

— Andrassy : Ueber die Behandlung der kalter abscesse mit Iodoforminjectionen (*Beitz. z. klin. chir.*, Tübing, 1886. II, 311-338.)

1886-7. — Holstein (Wladimir de) : Les injections d'éther iodoformé dans le traitement des abcès froids (Th. de doct., Paris, 1886-7, n° 309.)

— Thuau : Essai sur le traitement des abcès froids tuberculeux (Th. de doct., Paris, 1886-7, n° 146.)

1887. — Jaeger : L'emploi des solutions éthérées d'iodoforme dans le traitement des abcès froids, des affections articulaires tuberculeuses et des kystes synoviaux (*Courrier méd.*, Paris, 1887, XXXVII, 42-45.)

— Reineking : The treatment of cold abscesses by iodoform injections (*Med. Rec. N. Y.*, 1887, XXXI, 392.)

— Orecchia : Su la cura degli ascessi freddi, con le iniezoni di etere iodoformizzato (*Boll. d. sez. d. cult. d. Sc. méd. n. r. Accad. d. fisiocrit. di Siena*, 1887, V, 324-332.)

— Mignon : Abcès froid traité sans succès par l'injection d'éther iodoformé (sphacèle limité de la peau ; extension de la tuberculose locale (*Arch. de Méd. et Pharm. mil.*, Paris, 1887, X, 364-370.)

1888. — Houzel : Injection d'éther iodoformé dans un abcès froid ; anesthésie prolongée (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1888, n. s. XIV, 565.)

— Stockum (W. J. von) : De Behandelung van koude abscessen (Leiden, 1888.)

— Caen : Contribuzione alla cura degli ascessi freddi mercè le iniejioni d'una miscela di iodoforme con glicerina e alcool (*Bull. d. Sc. med. di Bologna*, 1888, 6 s., XXI, 145-151.)

1888-9. — Bruns : Ueber die Iodoforme Behandlung der tuberkülosen abcesse insbesondere der spondilitischen Lenkungs abscesse (*Beitz. z. klin Chir.*, Tubing, 1888-9, IV, 206-209.)

1889. — Lasserre : Du traitement des adénites chroniques et de quelques abcès froids par les injections de naphtol (Paris, 1889.)

— Zimmermann : Ueber die Behandlung der kalten abcesse mittelst iodoforminjection (Greifswald, 1889.)

1889. — Pouillot : Contribution à l'étude de l'emploi du naphtol camphré en chirurgie (Thèse de doct. Paris, 1889.)

1889-90. — Caird : Note on the treatment of cold abcesse (*Tr. Méd.-Chir.* Soc., Edimb, 1889-90, r. s. IX, 198-202.)

1890. — Iasinski : Leczenie ropni zimnynch à opadowych mètoda mikulicza (Treatment of chronic abscess, with iodoform dessing according to mikulicz method, *Gaz. lek.*, Warszawa, 1890, 2 s,. X, 47-53.)

— Iscovesco : Traitement des tuberculoses locales (Cong. franç. de Chirurgie, *Proc.-verb.*, etc., 1889; Paris, IV, 187-190.)

— Billroth : Ueber die Behandlung kalter abscesse und tuberculoser Caries mit Iodoformemulsion (Wien klin. Wchnschr, 1890, III, 20 s.)

— Bruns : Ueber die Behandlung tuberculoser abscesse und Gelenker krankungen mit Iodoforminjectionen (*Verhandl d. deulsch. Gesellich. f. Chir.*, Berl., 1890, XIX, pt. 2, 39-49.)

— Reboul : Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses, de l'emploi des antiseptiques et en particulier du naphtol camphré. (Paris, 1890, 4°.)

1890-91. — Caird : Note on the treatment of cold abscess (Edimb. M. J., 1890-91, XXXVI, 226-228.)

1891. — Redard : Résultats éloignés de la cure des abcès froids par les injections d'huile iodoformée; importance de la technique opératoire (Cong. p. l'étude de la tuberculose, 1891; Paris, 1892, II, 578-582.)

— Robson : The treatment of large tuberculous abscess associated with bone disease by evacuation and injection with a solution of iodoform in ether (*Brit. M. J.* Lond., 1891, I, 901-903.)

— David : Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses ganglionnaires par l'emploi du naphtol camphré (Th. de doct., Paris, 1892, 8°.)

1892. — Hendrix : Du traitement des abcès froids par l'émulsion iodoformée (*Ann. de Méd. et Chir. de Brux.*, 1891. 1892, III, 71-76.)

1893. — Woolsey : Iodoform injections in local tuberculosis (N.-York, M. J., 1893, LVII, 210-215.)

— Pfeilsticker : Iodoformolinjectionen bei kalten abcessen und anderen tuberkulosen Processen (*Med. Cor. Bl. d. Wurtteinb. arztl. Ver.*, Stuttg., 1893, LXIII, 11-13.)

1894. — Ménard : Du traitement des abcès tuberculeux d'origine inaccessible par les injections modificatrices (Congr. internat. de bains de mer. C. r., 1894, Paris, 1895, I, 193-198.)

1895. — Guermonprez : Traitement des tuberculoses locales par de l'iode pur (*Gaz. d. Hop. de Paris*, 1895, LXVIII., 730).

— Taylor : The treatment of tubercular abscess (*Ann. Surg.*, Phila, 1895, XXII, 104-108.)

1896. — Ostermayer : Ueber die Behandlung tuberculöser Abszesse und andre weitiojer Eiterungen mit klever schen Iadoformvasogen (*Wien. med. Wchnschr.*, 1896, XLVI, 575-581.)

— Ostermayer : Tuberculons abcesses and suppuraturis from other causes treated by iodoformvasogen according to klever's method (*Gyogyazat*, Budapest, 1896, XXXXI, 78-81.)

— Ricaud : Deux cas de suppuration froide non tuberculeuse (*Gaz. des Hóp.*, Paris, 1896, LXIX. n° 33, 117-118.)

1897-8. — Gomez : Il jodo nella cura della tuberculosi glandolare : un caso di guarigione di linfomi tubercolari suppurati colle iniezioni jodojodurate (metodo Durante). (*Suppl. al Polichin.*, Roma, 1897-8, IV, 1085-1087.)

1900. — Calot : Les maladies que l'on soigne à Berk.

Toulouse. — Imp. G. Berthoumieu, rue Denfert-Rochereau 15 — 6-1902